

La Importancia de la Educación Sanitaria en la Lactancia Materna

Revisión Narrativa

Autor: Jorge Sacristán Leal

Tutora: Cristina González Blázquez

INDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Lactancia Materna.....	4
Lactancia Artificial.....	6
Programas de Educación.....	8
Protagonistas.....	10
Secuencia Temporal.....	11
Protocolos en los Diferentes Marcos.....	13
Hipótesis.....	15
Objetivos.....	15
Metodología.....	16
CINAHL.....	18
PSYCINFO.....	18
PUBMED.....	18
SCIELO.....	19
COCHRANE.....	20
Resultados.....	21
Características Sociodemográficas Asociadas al Embarazo.....	23
Inicio y Duración de la LM.....	24
Satisfacción con la LM.....	25
Satisfacción con el Programa Educativo y el Educador.....	25
Autonomía en el Desempeño de la LM.....	27
Nivel de Conocimiento acerca de la LM.....	27
Problemas Ocasionados durante la LM.....	28
Sesgos y Limitaciones de los Estudios Revisados.....	28
Discusión.....	30
Conclusiones.....	32
Bibliografía.....	33

Resumen

La importancia de la lactancia materna (LM) es evidente tanto para recién nacidos como para las madres. Se ha realizado una revisión narrativa en las principales bases de datos sanitarias. El objetivo principal de este trabajo final de grado (TFG) es conocer cómo influyen los programas educativos en el uso de la LM, así como determinar cuál es el papel de la enfermería en el proceso de educación para la LM. Algunos de los principales resultados y conclusiones obtenidos son que las intervenciones educativas son determinantes para la aceptación de la LM y de otros factores esenciales para el correcto desarrollo de la alimentación de los lactantes. El papel de la enfermería es clave en los programas de educación tanto prenatal como postnatal, consiguiendo aumentar la duración de la LM. Los profesionales sanitarios se convierten en un apoyo fundamental para la población, mediante el conocimiento de la constante dinámica de cambio a la que están sometidos consiguen aplicar su cercanía y complicidad por medio de la educación. El grado de satisfacción de la población hacia los cuidados enfermeros es elevado.

Palabras Clave: Lactancia Materna, Enfermería, Educación, Promoción, Satisfacción, Inicio, Duración.

Summary

The importance of breastfeeding (BF) is obvious for newborns and mothers. It has been performed a narrative review in the main health databases. The main goal of this end of grade work is to know how the education programs affect the breastfeeding's using, as well as to determine what is the role of nursing in the BF education's process. Some of the principal results and conclusions obtained are that the education's intervention are determinants to breastfeeding's acceptance and other essential factors for the right development of infants feeding. The role of nursing is key in the education's programs both prenatal and postnatal, obtaining increased breastfeeding duration. Through the knowledge of population that is affected by constant dynamic changes, health professionals apply their proximity and complicity through education, became to a basic support in population. The degree of satisfaction of population towards nursing cares is high.

Keywords: Breastfeeding, Nursing, Education, Promotion, Satisfaction, Initiation, Duration.

INTRODUCCION

La Lactancia es la acción de alimentarse a base de leche que tiene lugar durante el primer periodo vital de los mamíferos (Real Academia Española, 2015). Existen dos tipos de lactancia, la materna o natural y la artificial.

Lactancia Materna

La lactancia materna (LM) está caracterizada por el uso de leche de la madre del recién nacido (RN) como alimento para este. La leche materna es capaz de proporcionarle energía y nutrientes durante los primeros meses de desarrollo.

El amamantamiento es un acto natural el cual puede ser realizado por cualquier mujer que esté dotada de unos niveles mínimos de información y apoyo tanto personales como institucionales.

Los componentes de la leche materna estimulan los sistemas enzimáticos y metabólicos específicos. Forman parte esencial en la maduración del sistema inmune y el transporte de anticuerpos de la madre al RN. A esto le debemos unir el hecho de que también ofrece beneficios para la madre. El proceso de amamantamiento y la lactogénesis ofrecen un retraso de la ovulación, una disminución en el sangrado postparto y una mejora de los niveles de hierro en relación a la anemia secundaria al sangrado (Muñoz Guillen & Dalmau Serra, 2008). Disminuye también, la incidencia para el cáncer ovárico y de mama.

Este tipo de alimentación promueve el máximo desarrollo cognitivo-sensorial del RN en base a un establecimiento temprano y adecuado del vínculo afectivo. A su vez actúa como un importante reductor de la incidencia de mortalidad neonatal e infantil a causa de la aparición de enfermedades prevalentes, tales como la diarrea o la neumonía. Se añade a esto una actividad promotora de la recuperación en caso de que hubiere existido una patología del RN. Desde el punto de vista económico supone una forma fácil, gratuita y extremadamente efectiva de acceder a un alimento para el RN (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Desde el nacimiento hasta los seis meses de vida la LM administrada de forma exclusiva está recomendada, no obstante la aplicación de esta directriz depende en última instancia de los deseos y posibilidades de la madre. En el supuesto de una LM

exclusiva, a partir del nacimiento del RN hasta el año, esta ocupa el 50% de las necesidades energéticas a lo que se suma una alimentación complementaria. Esta suplementación alimenticia estará sujeta a unas cantidades, frecuencias en su administración y fecha de introducción recomendada de cada producto, ajustadas de manera individualizada.

En el año 2005 en Reino Unido la prevalencia de mujeres que optan por este método desde el comienzo de la vida de su RN se encuentra en torno al 78% (Sherriff & Hall, 2011). Mientras tanto cuatro años más tarde, en 2009, el 74% de las madres opta por la LM en EEUU (Brenner & Buescher, 2011).

El estudio de Levinienė G. et al. (2013), realizado en Lituania con una muestra de 195 mujeres embarazadas, nos ofrece una visión de aquellos factores que influyen de forma más determinante en la duración de la LM. Un nivel de educación y promoción de la LM alto establece una relación directa con el aumento en el tiempo que se lleva a cabo la LM. Otro factor sería el modo de desempeño de la LM, siendo más duradera en aquellas mujeres que realizan la lactancia a demanda, disminuyendo el lapso en aquellas que se ajustan a un horario preestablecido. Aparece también una relación entre el uso de pezoneras o chupetes con una disminución del periodo hasta que se cesa la lactancia natural. Finalmente aquellas mujeres que recurren a tomas adicionales de fórmula alimentaria, no necesariamente de forma habitual, disminuyen la cantidad de tiempo que llevan a cabo la LM en relación a aquellas que no usan en ninguna ocasión tomas de LA (Levinienė, y otros, 2013).

Se debe recurrir a otros métodos de alimentación cuando la lactancia no pueda llevarse a cabo de manera óptima, siempre basándose en el uso exclusivo de leche de procedencia humana. Estos supuestos pueden ser, la existencia de una enfermedad materna que pueda ocasionar una transmisión vertical de alguna infección (VIH, Virus de la Leucemia Humana de Células T), la entrada de tóxicos en el organismo materno o la ingesta de medicamentos deduciblemente contraindicados con la lactancia. Otro de los supuestos es cuando la leche no presente unos estándares de calidad suficientes o la cantidad de leche producida no fuera suficiente para suplir las necesidades del RN.

En fechas anteriores al siglo XX, el método predominante cuando se sufría alguno de los casos anteriores era el de recurrir a las madres nodrizas. Las madres nodrizas son mujeres que alimentan a un RN, hijo biológico de otra madre, que no puede llevar a

cabo la LM. El RN puede alimentarse por medio del amamantamiento directo o administrando la leche previamente extraída. Existía una concomitancia entre esta manera de alimentar a los RN y la posibilidad de transmisión de enfermedades, por lo que a lo largo del Siglo XX esta práctica dejó paso a los Bancos de Leche Humana. Actualmente, en estos centros cualquier mujer puede donar su propia leche. Se analiza la situación de salud de las donantes así como sus hábitos tóxicos o administración de medicamentos contraindicados con la lactancia materna y a su vez, se lleva a cabo una serie de protocolos de control de la contaminación bacteriana y de presencia de cargas víricas en la leche que aseguren un bajo riesgo tras su administración. Son también importantes los procesos de conservación de las muestras, con lo que se consigue mantener el mayor tiempo posible los beneficios biológicos inherentes. La leche donada a estos centros no es objeto de ningún afán comercial sino de un sentimiento altruista y humanitario de aquellas mujeres que ofrecen su propia leche para suplir las necesidades de otras madres (Junta Directiva de la European Milk Bank Association (EMBA), 2011). Existen ocho Bancos de Leche en el territorio español. Se sitúan en las Islas Baleares, en el Hospital 12 de Octubre de Madrid, en el Hospital La Fe de Valencia, en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada, en Zaragoza, Barcelona, Badajoz y Valladolid (Asociación Española de Bancos de Leche Humana (AEBLH), 2015). Las mujeres que no puedan realizar una lactancia materna con su propia leche serán informadas por el facultativo acerca de la existencia de bancos de leche y de su idoneidad para el uso de este medio. Tras ello, el Banco de Leche enviará las unidades pertinentes al Hospital en el que se encuentre ingresada la paciente, siempre y cuando presente las instalaciones de almacenamiento adecuadas para este tipo de leche.

Lactancia Artificial

La lactancia artificial (LA) es un tipo de alimentación en el cual se usa leche maternizada con suplementos de micronutrientes, intentando por tanto, asemejar su composición nutricional a la que posee una muestra de leche materna. Esta será usada en determinadas situaciones en las cuales, la LM esté contraindicada o la madre la solicite, tras haber sido informada correctamente acerca de otras posibilidades (leche materna donada).

Aparece para la regulación de la LA, el Código Internacional de Comercialización de Los Sucedáneos de Leche Materna con el objetivo de proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, asegurando a su vez un uso correcto de los sucedáneos de leche materna cuando fueran necesarios. Este documento que se explicara en mayor profundidad en un apartado posterior, determina pautas de educación y actuación de los órganos públicos de salud y los profesionales adscritos a estas administraciones ante la LA. También pauta el modo de actuación de posibles instituciones comerciales afines a este tipo de producto. Regula también el etiquetado de los productos citados, con el fin de que se informe integralmente del modo de uso y la información indispensable de la LA. Todo ello se realizará de manera sutil sin instar al abandono de la LM. La calidad del producto es un punto esencial, así como lo es la vigilancia a la que deben estar sujetos por parte de las estructuras directivas y gubernamentales a lo largo de todo el proceso de fabricación (Comite Español de UNICEF, 2005).

Las Fórmulas de Inicio, son el alimento dado durante la LA. Estas Fórmulas únicamente pueden suplir las necesidades de un RN con un peso mayor de los 2500 g hasta los 4-6 meses coincidiendo con la etapa de exclusividad de la leche materna en una lactancia natural. Cuando el neonato es un Recién Nacido De Bajo Peso (RNBP), es decir, con un peso menor a los 2500 g, existen unas Fórmulas de Bajo Peso específicas que se asemejan a la alimentación intrauterina. Esto se consigue mediante la presencia de elementos esenciales para el prematuro, hasta que alcanza una edad gestacional corregida, acorde a la de un Recién Nacido A Término (RNAT) (Muñoz Guillen & Dalmau Serra, 2008).

La educación acerca del uso y preparación de la LA, ofertada por profesionales sanitarios correctamente entrenados para ello, deberá ser explicada exclusivamente a las madres que deseen dicho método.

Los lactantes que reciben LA se convertirán en objeto especial de vigilancia sanitaria al convertirse en un grupo de riesgo. El uso incorrecto de este alimento puede llevar a la aparición de malnutrición en el RN (Organización Mundial de la Salud, 2002).

La normativa que rige los requisitos de composición, etiquetado y publicidad de los preparados para lactantes (LA) y de continuación dedicados a niños sanos se puede encontrar en el RD 867/2008 del 23 de Mayo (Real Decreto 867/2008 de 23 de Mayo, 2008).

Programas de Educación

El punto de inflexión a partir del cual se ha desarrollado de forma notoria la educación en las instituciones sanitarias fue gracias a la Iniciativa Hospitales de los Amigos (IHAN), dirigido por las organizaciones de la OMS y la UNICEF y creada en 1992 (Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud, 2009). Tuvo su origen en respuesta a la necesidad de actuación propuesta para la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna acaecida durante la Declaración de Innocenti de 1990. Esta propuesta supone un intento de restaurar, modificar y revitalizar el afán de defensa de la LM que ya estaba desarrollándose a nivel internacional. Para ello se dispusieron una serie de diez pasos a los que se llamara de forma oficial “Diez Pasos Para Una Lactancia Exitosa” y los cuales han sido aceptados como unos criterios mínimos a nivel mundial para la correcta ejecución de la lactancia natural y por ende para obtener la denominación de Hospital Amigo del Niño.

Los diez pasos establecidos son:

1. Poseer una política por escrito acerca de la lactancia al alcance de todo el personal de maternidad.
2. Entrenar a dicho personal para implementar estas políticas.
3. Ofrecer información acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia a las madres.
4. Ayudar al comienzo de la lactancia en la media hora después del parto.
5. Mostrar a las madres como amamantar y mantener la lactancia en caso de separación del bebé.
6. Únicamente dar al RN leche materna a no ser que este indicado por un facultativo.
7. Permitir a las madres y el RN permanecer juntos las 24 horas del día.
8. Favorecer la lactancia a demanda.
9. No ofrecer biberones o chupetes a los bebés que amamantan.
10. Formar grupos de apoyo a la lactancia a los que puedan recurrir las madres en el alta o periodo posterior a este (Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud, 2009).

Los programas de educación tienen un afán promotor en el uso de la lactancia natural y llevan a cabo intervenciones y acciones encaminadas a este fin con un amplio número de características.

El educador podrá hacer uso de medios físicos (guías o folletos), audiovisuales (videos explicativos o resolutivos) y visuales (la información es ofrecida gracias al uso de objetos como puede ser, el uso de una muñeca para demostrar la forma idónea de agarre de un RN mientras se le alimenta). A su vez podrá también existir una implicación de la persona en las intervenciones, ofreciéndole la posibilidad de discutir dudas o situaciones no implementadas en el programa educativo de base. A esto se suma la posibilidad de desarrollar talleres o reuniones de índole práctico en el que la población diana pueda sentir vivencias que únicamente pueden darse en el periodo postnatal y tratar diferencias o errores que se den durante la realización de las mismas.

En el momento de desarrollar un programa educativo se tendrá en cuenta tanto la información que se desee ofrecer como el modo de transmitirla y aquellos ámbitos en los que queremos que incida y mejore dicha información. Para ello numerosos educadores pueden hacer uso de teorías y experiencias que ya hayan sido puestas en práctica y con una eficacia demostrada en determinadas áreas, como punto de partida para su particular adaptación a un uso determinado. Algunas de las teorías más usadas son, la Teoría del aprendizaje social de Bandura, la cual consiste en la determinación de cuatro fuentes que afectan directamente a la capacidad individual de eficacia para el aprendizaje. Estas fuentes son, la obtención de un logro a raíz de un rendimiento, una actitud que incida emocional y fisiológicamente en la persona, la muestra de una opinión por parte del grupo que le rodea y un método de aprendizaje indirecto (Noel-Weiss, Rupp, Cragg, Bassett, & Woodend, 2006). A su vez encontramos sistemas como el ideado por Dennis con el fin de aumentar la eficacia de las actuaciones ante la LM de forma autónoma, que también han sido tomados como base por algunos autores.

La población susceptible de recibir esta educación será, sin duda alguna, aquellos progenitores que se vean afectados por la previsión de nacimiento de un hijo (periodo prenatal) o que se encuentren en el momento tras el parto de su RN (periodo postnatal). Gracias a estas intervenciones deberán de adquirir la capacidad de discernir los beneficios de la lactancia materna y de poseer unos conocimientos teóricos y prácticos básicos acerca del tema.

Estas actividades de promoción pueden llevarse a cabo en centros médicos y hospitalarios. Preferentemente en zonas que tengan relación directa con la maternidad del hospital y que posean las instalaciones adecuadas y los medios materiales idóneos para el desempeño educador.

Protagonistas

Un factor primordial a la hora de trabajar sobre un tema como es la educación en temas de salud es, el tipo de profesional sanitario idóneo para ofertar la información pertinente.

El pediatra se encarga de mantener el mayor tiempo posible una lactancia natural del RN, aprovechando cualquier oportunidad pre o postparto para crear un clima de aceptación hacia este medio de nutrición (Muñoz Guillen & Dalmau Serra, 2008).

Al pediatra se le unen otros trabajadores del sistema sanitario, especialistas como pueden ser, los obstetras o médicos de familia. Desde el sector enfermero, toman relevancia las matronas, como figura de referencia y principales educadoras y expertas. Junto a ellas están los enfermeros generalistas, que disponen de una oportunidad única de alcanzar una relación cercana con la paciente. Mediante esta relación podremos incidir en aquellos aspectos del conocimiento de la madre sobre los que ésta tenga dudas y por tanto darla la posibilidad de tomar una decisión en el tipo de lactancia que desea proporcionar de manera objetiva.

Aunque en menor medida y sin una formación profesional encontramos al círculo familiar cercano y de amistades que rodean a ambos progenitores. Este sector no se encuentra sujeto a normativas o bajo una guía de política sanitaria educativa pero, ha de tenerse en cuenta su existencia y su capacidad para actuar sobre las ideas de los progenitores. El conocimiento de este factor externo al entorno sanitario, deberá incluirse en la mecánica educacional del profesional. Se originará por tanto un nuevo grupo poblacional al que también habrá que ofrecer educación en base a su importancia como factor decisivo en la aceptación de la lactancia natural.

La capacidad para ofrecer una educación, basada en la evidencia, a la población con el fin último de la mejora de la salud individual o colectiva por parte del personal sanitario estipulado se encuentra dispuesto en, la Ley 12/2001 de 21 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (Ley 12/2001 de 21 de Diciembre, 2001).

Secuencia Temporal

La lactancia existe desde el principio de la raza humana, pero no fue hasta el siglo XX cuando se hace patente la importancia de la investigación para poder entender todos los ámbitos sobre los que actúa este proceso. Se produce una creciente aparición de guías y protocolos que marcarían un guión a seguir en el trato con las madres para la instauración de una alimentación completa y una protección materna y neonatal en los ámbitos biológicos, sociales, culturales y psicológicos.

La OMS y UNICEF llevaron a cabo una reunión internacional en 1979, dando lugar a la creación y aprobación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en 1981 (Comite Español de UNICEF, 2005). Dicho documento aparece en reconocimiento de que la malnutrición del lactante es un problema provocado por alteraciones en la esfera educativa, económica y social del individuo y considerando que cuando la lactancia natural no puede realizarse, existen otros medios de buena calidad. Asimismo determinan la existencia de factores externos a la persona que pueden afectar al correcto desarrollo de una lactancia natural, e incorporan estos factores externos a los sistemas de educación, sanitarios y servicios sociales de cualquier índole al rol de protección y promoción de la LM.

Se origina pues un objetivo principal que es el de ofrecer a los lactantes una nutrición segura y que supla las necesidades, ya sea por medio de lactancia natural o de sucedáneos de la leche materna. Otros apartados que también se desarrollan mediante este documento, son la responsabilidad por parte de los gobiernos de otorgar información acerca de la lactancia, así como de que ésta información sea mostrada de forma coherente, objetiva y comprensible por la población. Los agentes de salud y sus instituciones se convierten en los principales dadores de información siendo indiscutible la ausencia entre su personal de miembros del ámbito comercial de los sucedáneos de la leche materna o que promuevan dicha práctica. Finalmente también encontramos alusiones al etiquetado de los productos lácteos, a su calidad y su vigilancia (Comite Español de UNICEF, 2005).

Más tarde, en 1990, se produce una reunión entre la OMS y UNICEF en Florencia (Italia), donde aparece la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural, que se deseaba aplicar durante la década de los 90's. Se decidió una meta global en la que la lactancia materna se llevara a cabo de forma

exclusiva hasta los 4-6 meses de vida del lactante y para ello se debería realizar una serie de acciones encaminadas hacia el aumento de la confianza de las mujeres ante su habilidad para la lactancia. Siendo también necesario la vigilancia y desarrollo adecuado de la nutrición de estas mujeres con el fin de que tanto su salud como la de las personas que les rodean sea óptima. Se promueve la creación de políticas de defensa de la LM y el personal sanitario debe ser entrenado correctamente en las habilidades necesarias para implementar dichas políticas.

Las principales metas operacionales son la de designar un coordinador a nivel nacional acerca del tema de la lactancia materna y asegurar que en las diferentes instituciones que presenten servicios de maternidad apliquen los “Diez pasos para una Lactancia Exitosa” propuestos en 1989 y recogidos mas tarde en la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud, 2009). Por otra parte, se debe seguir los supuestos presente en el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche (Comite Español de UNICEF, 2005) y se aprueba la decisión de crear un marco legal que asista a la lactancia materna. Se insta, como punto final, a las organizaciones internacionales para que diseñen estrategias de acción para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna, además de llevar a cabo análisis de la situación actual sobre este tema y animar a los gobiernos nacionales para que creen, desarrollen y vigilen el buen cumplimiento de sus nuevas políticas de lactancia (UNICEF, 2015).

Se hizo una posterior revisión de la Declaración de Innocenti en el año 2005 (UNICEF, 2005). Esto se produjo debido a que aunque hubo un notable avance en la materia, aun seguían situándose como factores predisponentes de alteraciones de salud, actitudes como, una alimentación ineficiente o la ausencia de lactancia materna y la existencia de una alimentación complementaria inadecuada. Por ello a los objetivos operacionales que se presentaron ya en la Declaración de Innocenti de 1990 se dispusieron cinco objetivos adicionales.

Estos objetivos adicionales son:

1. Elaborar, aplicar y supervisar una política integral sobre la alimentación del lactante en programas relativos a la nutrición, los niños y la salud reproductiva además de en el tema de la reducción de la pobreza.

2. Velar eficazmente para que el sector sanitario proteja, ayude en la lactancia natural y asesore consecuentemente a la población.
3. La alimentación complementaria deberá ser idónea e inocua sin provocar interacciones ni abandonos de la lactancia natural.
4. Proporcionar asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en circunstancias difíciles.
5. Se propone nuevamente la necesidad de crear un marco legal que rodee la práctica de la lactancia (UNICEF, 2005).

Protocolos en los diferentes Marcos

Aparece en el ámbito mundial de la mano de la Organización Mundial De La Salud (OMS) en el 2003, la Estrategia Mundial Para La Alimentación Del Lactante y Del Niño Pequeño (Organización Mundial de la Salud, 2002), un protocolo en el que se intenta alcanzar la mayor participación posible por parte de las organizaciones gubernamentales además de basarse en la evidencia científica existentes acerca del tema hasta la fecha. En un periodo temporal en el que la malnutrición supone una de las principales causas de muertes en los niños menores de cinco años, en el que hay una relación muy íntima entre el estado salud del infante y el materno y de constantes y rápidos cambios sociales y económicos, se vela por el reconocimiento de los problemas nutricionales que afectan a niños de todo el mundo y por la participación de los gobiernos e instituciones con la finalidad de acabar con dichos problemas. Se intenta avanzar a través del camino creado en disposiciones anteriores, así como la maduración del proyecto “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños” de 1992 (Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud, 2009). El punto esencial de esta estrategia para la alimentación del lactante y del niño pequeño es, la de crear un clima propicio para las madres y grupos familiares y la adopción de medidas que deben de ser tomadas en cuenta a todos los niveles gubernamentales existentes. Prima también las acciones que protejan a las partes durante el proceso de la lactancia. Se propone como deben de ser los alimentos complementarios (inocuos, adecuados y oportunos) y la creación de núcleos de apoyo e información a los que pueden recurrir cualquier tipo de persona que lo necesite. Se exponen también las situaciones de enfermedad en las cuales una lactancia artificial estaría indicada por el posible mal que la lactancia natural pudiera causar. Como conclusión, todo el documento gira en torno a la protección, promoción y apoyo sanitario (Organización Mundial de la Salud, 2002).

A nivel europeo existe un plan estratégico llamado Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia en Europa. Documento presentado durante la conferencia de la Unión Europea (UE) sobre la promoción de la lactancia en Europa del 18 de Junio de 2004 en Irlanda (Comisión Europea de Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, 2004). En esta iniciativa se incita a los estados miembros de la UE a que sus gobiernos sigan la Estrategia Mundial Para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (EMALNP) (Organización Mundial de la Salud, 2002) además de crear planes a corto y largo plazo por las unidades pertinentes. En este documento europeo y de vital importancia se consolida la relación “Información, Educación, Comunicación” (IEC) en regiones donde la alimentación artificial se encuentra presente en gran medida. La formación del sector profesional sanitario y la mejora en los materiales científicos de los que estos disponen es esencial. La vigilancia de los procedimientos que se lleven a cabo se encuentra unido a la necesidad de investigar para mejorar el conocimiento que poseemos y llegar a actuar de la manera más correcta (Comisión Europea de Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, 2004).

Centrándonos en un ámbito nacional encontramos el Protocolo para la Alimentación del Recién Nacido Sano a cargo de la Asociación Española de Pediatría, en la que desde un punto de vista más tácito se aportan los datos que verifican los numerosos beneficios de la LM y en la que se expone las necesidades fisiológicas de un RN (Muñoz Guillen & Dalmau Serra, 2008). También se plantean las alteraciones neonatales que aparecen usualmente así como los factores de riesgo para la existencia de estas patologías. Se incide también en los Diez Pasos Para Una Lactancia Exitosa de la Iniciativa Hospital Amigos del Niño (IHAN) (Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud, 2009). Se pautan una serie de normas prácticas entre las que podemos encontrar un contacto precoz piel con piel madre-hijo, horarios flexibles de lactancia a demanda del lactante o la necesidad de valoración por al menos tres veces al día de la calidad y eficiencia del método de succión que lleva a cabo el RN para evitar tanto malnutriciones como problemas que puedan afectar a la madre. (grietas, mastitis). Encontramos también en el protocolo los signos característicos que indican al personal sanitario si el aporte lácteo es bueno o si existe algún signo que nos alerte de algún error o problema en la lactancia (Muñoz Guillen & Dalmau Serra, 2008).

Hipótesis

Tras observar la importancia de los factores resultantes dependientes de la elección del tipo de alimentación del lactante, y en concreto de los beneficios que posee la lactancia natural, es esencial demostrar la eficacia de los diferentes métodos promotores de este modo de lactancia.

Entre los puntos clave en las acciones que favorecen la lactancia materna se encuentra la educación. La enfermería, a su vez, supone un importante pilar en la oferta de educación, con una amplia experiencia y complicidad con la población. Finalmente deseamos conocer los cambios que sufre el perfil sociodemográfico de la mujer que se queda embarazada con el fin de poder adecuar la educación a su situación.

Se desea valorar la contribución que tienen diferentes tipos de acciones educativas dirigidas a la población respecto al aumento en el número de personas que acogen la LM como método de alimentación para los RN así como en la duración de la misma.

Objetivos

Principal:

- ~ Determinar cómo influyen los programas educativos en el uso de la LM.
- ~ Determinar cuál es el papel de la enfermería en el proceso de educación para la LM

Secundarios:

- ~ Conocer otros factores asociados a una mayor duración de la lactancia materna.
- ~ Conocer otros posibles beneficios que tienen una clara relación con la oferta de actividades de promoción de la lactancia materna.
- ~ Conocer cuál ha sido el perfil de la mujer que se ha quedado embarazada a lo largo del tiempo.

Metodología

Este estudio consiste en una revisión narrativa.

Se llevó a cabo una búsqueda en una serie de bases de datos internacionales y nacionales relacionadas con la salud, entre las que se encontraban CINAHL, PSYCINFO, SCIELO, PUBMED y COCHRANE.

Las palabras clave que se utilizaron fueron por medio de términos DeCS: *breast feeding, promotion, education, nursing*.

La mecánica en el uso de los operadores booleanos será la de una búsqueda conjunta de los términos *breast feeding promotion* y *breast feeding education* por medio de OR. Añadiendo a esto siempre el termino *nursing* con AND para delimitar lo estudios en el ambiente enfermero, el cual nos ocupa en esta revisión.

Los limitadores que se usaron fueron: Publicaciones académicas las cuales estuvieran comprendidas en un lapso temporal de 1990-2015. Se busca a partir del 1 de Enero de 1990 debido a que se toma la Declaración de Innocenti de 1990 como primera demostración de una actitud educativa hacia la lactancia y se desarrolla por vez primera una política de actuación de índole internacional. Se buscaron artículos con publicaciones cuyo límite fuera el año actual, 2015. Los idiomas seleccionados en los que se publicaron los artículos fueron en inglés, ya que es el idioma científico por excelencia y el español con el fin de que podamos obtener resultados delimitados en la región geográfica de España. En aquellas bases de datos que ofrecieran la opción, se utilizó como limitador también que los artículos estuvieran completos y pudieran ser descargados gratuitamente.

De todos los artículos encontrados, se hizo una lectura previa del título y el Abstract, y se escogieron aquellos que eran más apropiados por su pertinencia y adecuación al tema. Tras ello se llevó a cabo una lectura del artículo completo para determinar la muestra final utilizada en el presente trabajo.

Se incluirán aquellos artículos que contemplen los siguientes criterios de inclusión:

- Tipo de Publicaciones: Estudios y revisiones. Se comparará en ellos muestras de personas que hayan recibido una forma de cuidado básica acorde al servicio en

el que se encuentren frente a otra muestra a la que se le haya ofertado intervenciones de educación acerca de la lactancia materna.

- Tipo de Participantes: La población diana de los programas de educación serán progenitores de un RN, los cuales tengan el deseo de alimentar a su RN con lactancia natural. Si la intervención educativa se diera postparto, únicamente se incluirán aquellas publicaciones en las que los progenitores tengan un RN a término. (Edad Gestacional: 37 – 42 semanas). No se elegirán aquellos RN que sufran algún tipo de enfermedad o malformación congénita que pueda llegar a afectar a la lactancia.
- Tipo de Intervención: La intervención educativa podrá ser de cualquier tipo, siempre que sea ofrecida de forma presencial. Podrá ser ofertada durante el periodo prenatal y postnatal. La evaluación acerca de los resultados de dichas estrategias podrán realizarse en persona o por cualquier otra vía de comunicación.
- Tipo de Personal: La programación educativa será ofrecida por enfermeras generalistas, matronas, enfermeras obstétricas y enfermeras infantiles o de pediatría.
- Tipos de Resultados;
 - Primarios: Prevalencias de inicio en lactancia materna y duración de la lactancia materna exclusiva.
 - Secundarios: Duración de la lactancia materna en paralelo al uso de otros métodos de alimentación, niveles de conocimiento acerca de la lactancia materna, satisfacción con el programa educativo y con la LM, problemas ocasionados en el periodo de estudio y autonomía adquirida para la alimentación efectiva del lactante.

La metodología de búsqueda realizada en cada una de las bases de datos, se detalla a continuación en base al orden cronológico realizado.

Las búsquedas en las bases de datos fueron realizadas a través del servicio de Internet de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

CINAHL

Se comenzó la búsqueda el 12 de Febrero del 2015 en la base de datos CINAHL.

A los limitadores ya expuestos se sumó el de “Texto completo en vínculo” para poder obtener publicaciones a las que se pueda acceder en su totalidad por vía electrónica.

El resultado inicial fue de 297 artículos.

Se realizó una primera selección en función de la lectura del Título y Abstract, obteniendo 20 artículos acordes a la temática del trabajo. Todos estos artículos se pudieron obtener. Tras una lectura completa se determinó una muestra final de 5 artículos que seguían los criterios de inclusión propuestos.

PSYCINFO

Se continuó la búsqueda en PSYCINFO el 16 de Febrero del 2015.

El resultado inicial fue de 627 artículos.

Mediante la elección en el apartado de “Materias” de los temas, *“health promotion, health education, health knowledge, nurses, health personnel, knowledge level, nursing, educational programs, midwifery y education”* la muestra disminuyó hasta los 198.

Se realizó una primera lectura en base al Título y Abstract, tras la que se eligieron 10 artículos en base a su temática. De estos 10, solo se pudo obtener completamente 5 de ellos. Se encontró que cuatro artículos coincidían con los resultados de la búsqueda en CINAHL. Tras una lectura en profundidad la única publicación que no coincidía con CINAHL es elegida para formar parte de la muestra final en base a los criterios de inclusión.

PUBMED

La búsqueda en la base de datos PUBMED tuvo lugar el 18 de Febrero del 2015.

Mediante los limitadores previamente mencionados, el resultado inicial fue de 1052 artículos.

Para disminuir la muestra inicial se eligió mediante el apartado “Journal Categories” las categorías de “Core Clinical Journals, MEDLINE y Nursing Journals” descartando el

otro tipo de revista, “Dental Journals”, por su falta de relación con el tema tratado en el trabajo. El resultado fue de 967 publicaciones.

Se realizó una lectura del Título y el Abstract. La muestra disminuyó su tamaño hasta los 10 artículos, de los cuales, todos, pudieron ser obtenidos de manera completa. Tras una lectura completa de los artículos, finalmente un artículo se ajustaba a los criterios de inclusión.

SCIELO

La búsqueda realizada en SCIELO tuvo lugar el 6 de Marzo de 2015.

Se llevaron a cabo dos líneas de búsqueda con el fin de aumentar el número de artículos obtenidos ya que uniendo ambas búsquedas el resultado fue menor. En ambas búsquedas se modificó el lapso temporal general. Se determinó que los artículos fueran publicados entre 1997 y 2015 debido a que la propia base de datos no permite una búsqueda anterior al año 1997.

En la ***primera disposición de búsqueda*** se optó por los términos “breast feeding education”.

Al aplicar los limitadores pertinentes, se obtiene una muestra inicial de 29 artículos.

Ningún artículo coincidía con los criterios de inclusión, tras una lectura del Título y el Abstract.

En la ***segunda línea de búsqueda*** se utilizaron los términos “breast feeding promotion”.

El resultado fue de una muestra de 27 artículos.

Tras la lectura del Título y Abstract únicamente una de las publicaciones parece ajustarse a la temática de la revisión. Finalmente se descarta, tras su lectura completa, por no ajustarse a los criterios.

COCHRANE.

La búsqueda en la base de datos COCHRANE tuvo lugar el 20 de febrero de 2015.

Se dispuso en la barra de búsqueda “Search All Text” los términos “breast feeding education” OR “breast feeding promotion” AND “nursing”. Se usó el limitador de tiempo propuesto , siendo imposible la elección del idioma de los artículos resultantes tras la búsqueda porque la base de datos no ofrece la opción.

Se obtuvieron 619 publicaciones repartidas entre las Revisiones Cochrane (214), otro tipo de revisiones (35), los estudios (346) y las evaluaciones económicas (4) y las valoraciones tecnológicas (13). Estas dos últimas no son de interés en el caso que nos atañe.

Tras la lectura del Título y del Abstract se obtuvieron:

- *Revisiones Cochrane*, 2 publicaciones coincidían con el tema de la revisión pero se descartan por no entrar dentro de los criterios de inclusión.
- *Otro tipo de revisiones*, solo una de las publicaciones presentaba un tema acorde al tratado durante este trabajo, pero es descartado por no estar bajo los criterios de inclusión.
- *Estudios*, se visualizan 12 artículos con un tema acorde al trabajo. Solo pueden ser obtenidos completamente cinco de ellos. Uno de ellos coincide con una de las publicaciones de los resultados en la búsqueda de PUBMED. El resto no se rige por los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Siete artículos fueron localizados para realizar esta revisión Narrativa. Dos de las publicaciones se llevaron a cabo en Canadá (McQueen, Dennis, Stremmer, & Norman, 2011) (Noel-Weiss, Rupp, Cragg, Bassett, & Woodend, 2006), una en Taiwan (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008), otra en EEUU (Schlickau & Wilson, 2005), otra en Australia (Pannu, Giglia, Binns, Scott, & Oddy, 2011), una en Eslovenia (Hoyer & Horvat, 2000) y finalmente, la última en Singapur (Su, y otros, 2007). De las publicaciones, cinco eran estudios experimentales, uno cuasiexperimental y otro analítico. Todos ellos realizaron una evaluación previa y posterior a las actividades educativas exceptuando dos artículos. Uno de ellos únicamente evaluó el efecto de unas intervenciones ya ofertadas sin estudiar el momento a priori (Pannu, Giglia, Binns, Scott, & Oddy, 2011) y el otro estudió el efecto posterior a la intervención que había llevado a cabo comparándolo con los resultados obtenidos (Hoyer & Horvat, 2000).

El lugar en el que se llevó a cabo cada uno de los estudios y de los cuales se obtuvieron las muestras de participantes, así como el tipo de estudio, el número de participantes que conforman la muestra y las intervenciones de las cuales se estudiaron los efectos se encuentran representadas en la Tabla 1.

Tabla 1 Estudios Incluidos en la Revisión Narrativa

<i>Autor, año y país</i>	<i>Lugar</i>	<i>Tipo de estudio y participantes (n)</i>	<i>Intervenciones</i>
Hoyer and Horvat (2000), Eslovenia	179 distritos a cargo de la visita de enfermeras	Estudio experimental en el que 203 mujeres fueron seleccionadas aleatoriamente de los distritos	Se ofrece guía acerca de la LM a las mujeres, se realiza un cuestionario y se llevan a cabo visitas a la semana de la salida del hospital, en el mes 1, y cada tres meses hasta el abandono de la lactancia materna.
Schlickau and Wilson (2005), EEUU	Clínica para la salud de las madres y los niños del Condado de Sedgwick	Estudio experimental con una muestra de 30 mujeres aleatorizadas en diferentes grupos y controladas por vía telefónica	Dividido en Nivel 1 (beneficios de LM, preparación para la lactancia y demostración con muñeco) y Nivel 2 (reforzamiento de LM y estrategias para aumentar la duración de LM)
Lin et al (2008), Taiwan	Clínica Prenatal en un centro médico de la ciudad de Taipei	Estudio cuasiexperimental. Muestra dividida en grupo experimental (n=46) y grupo control formada por aquellas mujeres que no asistieron a la intervención (n=46)	Programa educativo con una duración de 90 minutos (50 minutos para la lectura y entrenamiento de habilidades, 20 minutos para discusión grupal y habilidades prácticas y 20 minutos para una visita por la sala postparto)
Noel-Weiss et al (2006), Canada	Hospital Terciario en Ontario	Estudio experimental. 92 mujeres divididas entre grupo control e intervención	2,5 horas de taller en LM prenatal basado en la Teoría de Bandura de los principios en la autoeficacia y el aprendizaje en adultos
Su et al (2007), Singapur	Clínica prenatal del Hospital Universitario Nacional en Singapur	Estudio experimental en el que se dividió a 450 mujeres en grupo control (G1:151) y grupos experimentales (G2:150 y G3:149)	En grupo 2 una sesión prenatal de educación en LM y en grupo 3 dos sesiones postparto en programas de soporte para lactancia
Pannu et al (2011), Australia	2 Hospitales Públicos en Perth	Estudio analítico con una muestra de 587 mujeres	Grupos educativos, grupos de demostración en LM, intervenciones individuales educativas y reuniones con personal sanitario
McQueen et al (2011), Canada	Centro de Cuidados en el Noroeste de Ontario	Estudio experimental. Grupo Control (n=81) e intervención (n=69)	3 sesiones ofertadas: tras el parto, a las 24 horas después de la primera sesión y a la semana posterior a la salida del hospital

Fuente: Elaboración propia a partir de: (Hoyer & Horvat, 2000) (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008) (McQueen, Dennis, Stremmler, & Norman, 2011) (Noel-Weiss, Rupp, Cragg, Bassett, & Woodend, 2006) (Pannu, Giglia, Binns, Scott, & Oddy, 2011) (Schlickau & Wilson, 2005) (Su, y otros, 2007)

En cada una de las publicaciones se estudian los efectos en diferentes ámbitos en el proceso de la LM en relación a la educación ofrecida. Por ello se ha dividido los resultados en varios apartados (duración de la LM, satisfacción con la LM, autonomía en el desempeño de la LM, etc...) con el fin de poder comparar únicamente aquellos artículos que hayan tenido en cuenta dichos apartados en concreto. El apartado de las prevalencias acerca del inicio y la duración de la LM es común a todos los artículos, ya que supone uno de los objetivos principales en los criterios de inclusión de los estudios dentro de la muestra final para la revisión.

Para la evaluación de cada aspecto fueron utilizadas escalas a las cuales, en algunos casos, se les aplicaron pequeñas modificaciones con el fin de que tuvieran una aplicabilidad a la hora de medir los resultados precisos en cada estudio. A su vez los cuestionarios también supusieron un método de evaluación en varios trabajos.

Características Sociodemográficas Asociadas al Embarazo

En Lin et al. (2008) la edad media de la muestra fue de 31,185 (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008). Su et al. (2007) (Su, y otros, 2007) posee una muestra con una media de edad de 29,4 años. Las edades en McQueen et al. (2011) (McQueen, Dennis, Stremmler, & Norman, 2011) fueron de 90,1% y 82,6% mayores de los 19 años en el grupo control e intervención respectivamente, teniendo el restante de mujeres, 19 años o menos. En la muestra de 1993 en el estudio de Hoyer and Horvat (2000) (Hoyer & Horvat, 2000) la edad media es de 26,2 años, siendo en 1997 de 27.

La educación de la población estudiada en Lin et al. (2008) (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008) se estructura en, un 80,4% posee estudios universitarios, el 13,1% posee la educación secundaria o un nivel educativo menor y el 6,5% realiza un estudio de postgraduado. En Su et al. (2007) (Su, y otros, 2007), únicamente el 36% ha realizado unos estudios más allá de secundaria. Entre el 25-29% ha realizado la educación secundaria y el 71-73% posee educación universitaria en McQueen et al. (2011) (McQueen, Dennis, Stremmler, & Norman, 2011). Hoyer and Horvat (2000) presenta en la muestra de 1993 un 53,2% de mujeres que han realizado más de 12 años de escolarización mientras que en 1997 esta cifra asciende a los 72,5% (Hoyer & Horvat, 2000).

Se observa que hasta el 75% de la muestra de Lin et al. (2008) (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008) trabaja a tiempo completo. Este porcentaje se reduce en Su et al. (2007) (Su, y otros, 2007) donde el 46% de la muestra trabaja siendo el restante 54%, estudiante o ama de casa.

Inicio y Duración de la LM

Independientemente de la intervención de educación que se realice, en los grupos de intervención la duración de LM o LM exclusiva es mayor que en el grupo control. Las prevalencias varían según el estudio realizado y el tiempo de evaluación de dicho estudio.

Aunque la tasa de inicio en la LM se encuentra entre un 94-100% (Hoyer & Horvat, 2000), observamos que tras la aplicación de una intervención prenatal las tasas aumentan con una diferencia estadísticamente significativa, como es en el caso de aplicar lecturas de grupos de educación que aumenta hasta un 97,8% de inicio frente al 92% sin esta intervención y con un p valor de 0,006 (Pannu, Giglia, Binns, Scott, & Oddy, 2011).

Las tasas de mantenimiento de la LM exclusiva disminuyen a lo largo del tiempo como podemos ver cuando a las cuatro semanas se mantiene entre un 55,1-60,9% (McQueen, Dennis, Stremler, & Norman, 2011) y esta disminuye a las 8 semanas hasta los 45,2-50,8% (McQueen, Dennis, Stremler, & Norman, 2011).

A su vez cuando comparamos los resultados que existen entre el grupo intervención (grupo 2 y 3) y el grupo control, la tasa del primer grupo permanece siempre por encima del otro independientemente del momento en el que se mida. Este es el caso de Su et al. (2007) (Su, y otros, 2007) en el que el porcentaje de LM exclusiva a la salida del hospital es de 20% y 27% en el grupo 2 y 3 respectivamente frente al 18% en el grupo 1 (control), manteniéndose esta diferencia hasta el final de la evaluación del estudio a los seis meses con un 19% de LM exclusiva en ambos grupos intervención frente al 9% del grupo control.

En el estudio de Hoyer and Horvat (2000), tras la comparación entre la muestra de 1993 y de 1997 se obtiene que existe una menor tasa de supervivencia en 1993 para la duración de la lactancia que cuatro años más tarde (Hoyer & Horvat, 2000).

Cuando comparamos la educación postnatal del grupo 3 y de la prenatal del grupo 2 dentro del estudio de Su et al. (2007), se puede observar que el Riesgo Relativo (RR) a la salida del hospital es de 1,37, lo que significa que la educación postnatal tiene un mejor efecto en la duración de la LM exclusiva que la prenatal. Este valor sigue disminuyendo pero siempre permanece por encima del 1 hasta los 3 meses cuando ambos tipos de educación comienzan a presentar un mismo efecto sobre la duración de la LM exclusiva (Su, y otros, 2007).

Satisfacción con la LM

Solo 2 artículos estudiaron este aspecto.

En el artículo de Lin et al. (2008) la satisfacción ante la lactancia materna es valorada a los tres días y a los tres meses tras el parto mediante una Escala de Evaluación de la lactancia materna de 30 ítems. Utilizando una escala Likert con valores de 1-5 para cada pregunta, significando por tanto que a mayor puntuación mayor es el grado de satisfacción registrado. Se observa que en ambos lapsos de tiempo existe una diferencia significativa entre las puntuaciones del grupo experimental y el grupo control. A los tres días y a los tres meses, el grupo experimental obtuvo una puntuación de, 122,65 y 115,80, respectivamente. Mientras tanto el grupo control obtuvo 115,06 a los tres días tras el parto y 107,67 pasados tres meses. Estos resultados nos indican que el grupo experimental mantiene un grado de satisfacción en la lactancia mayor que el otro grupo (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008).

En cambio Hoyer and Horvat (2000) tienen en cuenta el grado de satisfacción de la LM durante el periodo hospitalario a través de un cuestionario diseñado *ad hoc*. De una muestra inicial de 200 mujeres el 42% refería una experiencia muy exitosa y el 46,5% una experiencia exitosa. Se determina una situación infructuosa en el 11,5% de las mujeres (Hoyer & Horvat, 2000).

Satisfacción con el programa educativo y el educador

En Lin et al. (2008) (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008), este aspecto se evalúa por medio de una escala diseñada específicamente para este estudio con una escala tipo Likert con una puntuación en las respuestas de 1-7, expuesta en la Tabla 2.

La media de todos los ítems alcanzan una puntuación mayor de 6 exceptuando la duración de las clases con un valor medio de 5,9 de un valor máximo de 7, lo cual basándonos en que a mayor valor del resultado mayor satisfacción, muestra un alto grado de esta última.

Tabla 2 Escala para evaluación de la satisfacción con el programa educativo	
Ítems	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos obtenidos a través del programa • Ayuda recibida a través del programa • Contenidos del programa • Uso de los accesorios de enseñanza • Método de enseñanza por parte del instructor • Disposición del tiempo • Duración de las clases
Fuente: Elaboración propia (Traducción) a partir de: (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008)	

Fue administrado un cuestionario para la satisfacción materna acerca de la intervención educativa en McQueens et al. (2011). Constando de 11 ítems evaluados mediante una escala tipo Likert de 1-5 puntos. Un 89,7% de la muestra refería satisfacción con la experiencia. A esto se le une el hecho de que el 64% asegura que se pondrían en contacto con el instructor si necesitasen ayuda y el 54,1% admite que una ayuda adicional es necesaria más allá del cuidado básico ofertado por el sector enfermero (McQueen, Dennis, Stremler, & Norman, 2011).

Mientras tanto en Hoyer and Horvat (2000) se evalúa el nivel de ayuda en la LM dados como cuidados básicos en el hospital a la muestra de 200 mujeres. Recibiendo mucha ayuda el 21% de las mujeres y un nivel normal de ayuda el 68%. El 11% restante no habría precisado de ayuda (Hoyer & Horvat, 2000).

Encontramos la evaluación del personal encargado de la oferta del programa educativo en Lin et al. (2008) por medio del ítem “método de enseñanza por parte del instructor” el cual obtiene una valoración media de 6,03 de un máximo posible de 7 (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008). También, podemos observar la evaluación que se realiza a los

educadores por medio del porcentaje del 64%, en McQueens et al. (2011), referido al deseo de ponerse en contacto con el instructor de la intervención educativa si apareciese algún problema con la LM (McQueen, Dennis, Stremmler, & Norman, 2011). En ambos estudios el personal que ofrece la educación pertenece al sector enfermero siendo, una enfermera obstétrica (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008), y un enfermero con amplia experiencia en la educación y el trabajo durante el periodo postparto (McQueen, Dennis, Stremmler, & Norman, 2011).

Autonomía en el desempeño de la LM

La confianza en sí mismas de las madres a la hora de llevar a cabo la lactancia y por tanto de no precisar de ayuda externa, fue estudiado por dos publicaciones. Ambos utilizaron la Breastfeeding Self-Efficacy Scale (short form) (BSEF-SF) evaluando el nivel de autonomía resultante tras la aplicación de una serie de intervenciones educativas.

En el trabajo de Noel-Weiss et al. (2006) este aspecto fue evaluado mediante una relación entre un análisis por medio de la asunción de Intención de Tratar (ITT), y el método de grupo control. En el momento del cuestionario basal no existían diferencias estadísticamente significativas existiendo según ITT una $p= 0,731$ y mediante grupo control una $p= 0,941$. En la semana 4 tras el nacimiento existen unas puntuaciones menores en el grupo control frente al grupo intervención tras los análisis de ambos tipos. A las 8 semanas se siguen manteniendo los mismos resultados, a pesar de la pérdidas de muestra (Noel-Weiss, Rupp, Cragg, Bassett, & Woodend, 2006).

En el estudio de McQueen et al. (2011) se obtuvieron unos resultados más altos en el grupo intervención tanto a las 4 como a las 8 semanas, representando una mejor capacidad de autonomía, frente a los resultados del grupo control (McQueen, Dennis, Stremmler, & Norman, 2011).

Nivel de conocimiento acerca de la LM

Este aspecto fue evaluado mediante una escala modificada a partir de la Breastfeeding Knowledge Scale en el estudio de Lin et al. (2008). La puntuación podría extenderse desde los 0 a los 28 puntos y la aplicación de la escala se llevó a cabo antes de la intervención educativa, y otro test a los tres días tras el parto. En el pretest se obtuvieron unos resultados de, 20,10 para el grupo experimental y de 18,47 para el control. A los

tres días postparto las puntuaciones fueron para el grupo experimental y control de, 25,73 y 20,34, respectivamente. Aunque el grado de conocimiento aumentó en ambos grupos a pesar de estar en un nivel base medio-alto, no se obtuvo una diferencia significativa (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008).

Problemas ocasionados durante la LM

El nivel de problemática fue analizada por Lin et al. (2008) mediante la Breastfeeding Problem Scale de 18 ítems. Aplicando una escala tipo Likert con valores en cada pregunta de entre 0 a 4. Los resultados a la escala en los tres días postparto fueron de 16,76 para el grupo experimental y de 18,84 para el grupo control, esta diferencia intergrupos disminuyó aún más al mes de su salida del hospital. El grupo experimental alcanzó una puntuación de 15,32 frente a los 16,35 del grupo control. No se encontró un efecto significativo de la educación para la disminución de los problemas ocasionados por la lactancia a pesar de que en el grupo experimental los valores resultantes eran bajos.

Sesgos y Limitaciones de los Estudios Revisados

El estudio de Lin et al. (2008) presenta la limitación inherente a ser un estudio cuasiexperimental y no haber dividido la muestra de manera aleatoria con la posible presencia de un sesgo de selección. Tampoco lleva a cabo una intervención placebo en el grupo control. Cuando los autores observan su universo para el estudio se constata que tanto la edad como el nivel de educación es mayor que el de la población general en Taiwan (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008).

Las limitaciones presentes en Noel-Weiss et al. (2006) son que los participantes del estudio se han auto-seleccionado y esto sumado al hecho de que las tasas de lactancia materna a las 8 semanas son mayores que las que se pueden encontrar en las estadísticas nacionales, podría significar que la muestra ha comenzado el estudio presentado un nivel de compromiso y seguridad con la LM mayor que la existente en la población general. Esto no afecta a la validez interna sino a su extrapolación a otras poblaciones. En lo referido a los talleres, el tiempo de estos podría no haber sido el idóneo ya que las mujeres estarían nerviosas y centrados en la preparación ante su primer parto. Los temas que se trataron en estos talleres tampoco podrían ser los más adecuados teniendo en cuenta que las mujeres no habían vivido la experiencia de tener más hijos y por tanto de

las preguntas que supondría una duda para ellas (Noel-Weiss, Rupp, Cragg, Bassett, & Woodend, 2006).

La práctica de la lactancia materna no puede ser estudiada por medio de los datos recogidos en el estudio de Su et al. (2007) según las diferentes etnias, subgrupos sociales o niveles económicos (Su, y otros, 2007).

La muestra obtenida para el estudio de Pannu et al. (2011) provenía de hospitales del gobierno lo cual puede suponer una limitación para la representatividad del estudio. La información dada durante las consultas postnatales no está definida entre los diferentes profesionales que la ofertaban, por lo que esa falta de consenso se convierte en una limitación (Pannu, Giglia, Binns, Scott, & Oddy, 2011).

Las mujeres del estudio de McQueen et al. (2011) seguían las mismas características (primíparas, sin ninguna enfermedad, con RN a término) lo cual dificulta la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos. Para obtener los datos acerca de la lactancia fuera del hospital se utilizaron diarios rellenos por las propias mujeres (McQueen, Dennis, Stremler, & Norman, 2011).

Discusión

La búsqueda realizada no ha proporcionado evidencia suficiente a la hora de determinar cuán importante es la educación sobre la implementación y dilatación del uso de la lactancia materna, pero si nos ha ofrecido un punto de vista inicial a partir del cual podremos trabajar. Además hemos observado el cambio que ha sufrido el perfil de la mujer que se queda embarazada a lo largo de los años, y la situación en la que las enfermeras se convierten en primera línea de actuación como educadoras de la población. Se vuelve especialmente importante la inherente necesidad de una formación continuada de calidad que las capacite en el desempeño de su rol.

Mediante esta revisión hemos concluido que la edad media con la que las mujeres se quedan embarazadas ha ascendido a lo largo del tiempo (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008) (Su, y otros, 2007) (McQueen, Dennis, Stremler, & Norman, 2011) (Hoyer & Horvat, 2000), así como lo hace el número de mujeres que poseen unos estudios universitarios (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008) (Su, y otros, 2007) (McQueen, Dennis, Stremler, & Norman, 2011) (Hoyer & Horvat, 2000). También, aumenta la cantidad de mujeres que compaginan su trabajo con el embarazo (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008) (Su, y otros, 2007).

Los artículos utilizados en esta revisión narrativa permiten llevar a cabo un seguimiento temporal de los niveles de lactancia materna secundarios a la aplicación de una oferta educativa. Encontramos que a pesar de que las tasas de inicio en la LM son elevados, acercándose al total de mujeres, una intervención educativa mejora dichas tasas (Pannu, Giglia, Binns, Scott, & Oddy, 2011).

Mientras tanto, las mujeres que recibieron educación mantuvieron la LM durante un lapso temporal mayor que las mujeres que no las habían recibido (Hoyer & Horvat, 2000) (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008) (McQueen, Dennis, Stremler, & Norman, 2011) (Noel-Weiss, Rupp, Cragg, Bassett, & Woodend, 2006) (Pannu, Giglia, Binns, Scott, & Oddy, 2011) (Schlickau & Wilson, 2005) (Su, y otros, 2007). Se observa que la educación postnatal es más efectiva a la hora de dilatar el tiempo de lactancia materna que la educación prenatal (Su, y otros, 2007).

Las actividades educativas suponen un punto de partida para otros beneficios. Encontramos altos niveles de satisfacción con la LM en aquellas mujeres que han

recibido intervenciones educativas (Hoyer & Horvat, 2000) (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008). Como es previsible, este grado de satisfacción disminuye a lo largo del tiempo. Al compararlo con una muestra de mujeres que no han recibido educación, sí que se observa una diferencia significativa a lo largo del tiempo, manteniéndose en un rango mayor la satisfacción en aquellas mujeres que recibieron un programa educacional (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008).

La autoeficacia de las mujeres para la realización de la LM en el marco de, una buena técnica y una capacidad para resolver problemas que pudieran aparecer, se convierte en una parte importante de la LM. Una vez más, aquellas mujeres que recibieron educación, tuvieron una mayor capacidad resolutoria tanto en las mediciones llevadas a cabo en la semana 4 como en la semana 8 tras el parto (Noel-Weiss, Rupp, Cragg, Bassett, & Woodend, 2006) (McQueen, Dennis, Stremmler, & Norman, 2011).

Como resultado de la educación ofertada se observó un aumento notorio del nivel de conocimiento centrado en la LM (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008).

El sector enfermero, donde se incluye a las matronas, supone el principal grupo de promoción educativa. Esto puede observarse en el hecho de que los programas educativos dados en los diferentes estudios tienen a enfermeros como principales educadores. Por medio de la valoración de la satisfacción con el programa educativo podremos averiguar el grado de satisfacción que a su vez las mujeres presentan con aquellos que ofertan dichas actividades. Tal como vemos en la medición de este aspecto en Lin et al. (2008) se toma en cuenta factores dependientes de forma directa con la calidad del instructor y sus enseñanzas (conocimientos obtenidos, ayuda recibida, método de enseñanza del instructor, etc). El resultado en este aspecto es alto, lo que deja patente la idoneidad de la profesión enfermera en la oferta de este tipo de actividades (Lin, Chien, Tai, & Lee, 2008). Mediante la valoración que realiza McQueens et al. (2011) obtenemos una alta satisfacción con el programa ofertado por un enfermero. De manera más específica un alto porcentaje admite que recurriría al instructor (McQueen, Dennis, Stremmler, & Norman, 2011).

Conclusiones

- Recibir programas de educación pre y postnatal sobre LM ayuda a mantener la LM durante más tiempo.
- El personal de enfermería recibe una buena valoración por los participantes como personal responsable de los programas educativo.
- Los programas educativos ayudan en otros aspectos además de en la duración de la LM.
- Las características de las mujeres embarazadas varían con el paso del tiempo.

Bibliografía

- Asociación Española de Bancos de Leche Humana (AEBLH). (2015). *Asociación Española de Bancos de Leche Humana*. Recuperado el 13 de Febrero de 2015, de <http://www.aebhlh.org/tu-banco/>
- Brenner, M., & Buescher, E. (2011). Breastfeeding: A Clinical Imperative. *J Womens Health*, 20(12), 1767-73.
- Comisión Europea de Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. (2004). *Asociación Española de Pediatría*. Recuperado el 17 de Febrero de 2015, de http://www.aeped.es/sites/default/files/5-europe_a_blueprint_for_action.pdf
- Comite Español de UNICEF. (2005). *UNICEF*. Recuperado el 11 de Febrero de 2015, de http://www.unicef.org/republicadominicana/Codigo_Intl_Comercializacion_Suc edaneos_Leche_Materna.pdf
- Hoyer, S., & Horvat, L. (2000). Succesful breast-feeding as a Result of a Health Education Programme for Mothers. *J Adv Nurs.*, 32(5), 1158-67.
- Junta Directiva de la European Milk Bank Association (EMBA). (2011). *Asociación Española de Pediatría*. Recuperado el 11 de Febrero de 2015, de http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2011_declaracion_emba.pdf
- Levinienė, G., Tamulevičienė, E., Kudzytė, J., Petrauskienė, A., Zaborskis, A., Aželienė, I., & Labanauskas, L. (2013). Factos Associated With Breastfeeding Duration. *Medicina (Kaunas)*, 49(9), 415-21.
- Ley 12/2001 de 21 de Diciembre. (26 de Diciembre de 2001). *Estatuto Marco de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid*.
- Lin, S., Chien, L., Tai, C., & Lee, C. (2008). Effectiveness of a Prenatal Education Programme on Breastfeeding Outcomes in Taiwan. *JCN*, 17(3), 296-303.
- McQueen, K., Dennis, C., Stremmler, R., & Norman, C. (2011). A Pilot Randomized Controlled Trial of a Breastfeeding Self-Efficacy Intervention with Primiparous Mothers. *JOGNN*, 40(1), 35-46.

- Muñoz Guillen, A., & Dalmau Serra, J. (2008). *Asociación Española de Pediatría*. Recuperado el 5 de Febrero de 2015, de http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_2.pdf
- Noel-Weiss, J., Rupp, A., Cragg, B., Bassett, V., & Woodend, A. (2006). Randomized Controlled Trial to Determine Effects of Prenatal Breastfeeding Workshop on Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Education. *JOGNN*, 35(5), 616-24.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 11 de Febrero de 2015, de http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 7 de Febrero de 2015, de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
- Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud. (2009). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 12 de Febrero de 2015, de http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_slides.pdf?ua=1
- Pannu, P., Giglia, R., Binns, C., Scott, J., & Oddy, W. (2011). The Effectiveness of Health Promotion Materials and Activities on Breastfeeding Outcomes. *Acta Paediatrica*, 100(4), 534-37.
- Real Academia Española. (2015). *Real Academia Española*. Recuperado el 5 de Febrero de 2015, de <http://lema.rae.es/drae/?val=lactancia>
- Real Decreto 867/2008 de 23 de Mayo. (30 de Mayo de 2008). *Estatuto Marco para la Reglamentación Técnico-Sanitaria Específica de los Preparados para Lactantes y de los Preparados de Continuación*.
- Schlickau, J., & Wilson, M. (2005). Development and Testing of a Prenatal Breastfeeding Education Intervention for Hispanic Women. *J Perinat Educ.*, 14(4), 24-35.

- Sherriff, N., & Hall, V. (2011). Engaging and Supporting Fathers to Promote Breastfeeding: A New Role for Health Visitors? *Scand J Caring Sci*, 25(3), 467-75.
- Su, L., Chong, Y., Chan, Y., Chan, Y., Fok, D., Tun, K., . . . Rauff, M. (2007). Antenatal Education and Postnatal Support Strategies for Improving Rates of Exclusive Breast Feeding: Randomised Controlled Trial. *BMJ*, 335(7620), 596.
- UNICEF. (2005). *UNICEF*. Recuperado el 14 de Febrero de 2015, de http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_sp_p.pdf
- UNICEF. (2015). *UNICEF*. Recuperado el 13 de Febrero de 2015, de http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html